Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor:
Professor Dr. H. Heimann

ZUR HÄUFIGKEIT ENDOGENER UND REAKTIVER DEPRESSIONEN BEI SCHWABEN UND HEIMATVERTRIEBENEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

WOLFGANG JOHANNES WEISE
aus Stuttgart

1984

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546518_0021

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Geschäftsführender Direktor:
Professor Dr. H. Heimann

ZUR HÄUFIGKEIT ENDOGENER UND REAKTIVER DEPRESSIONEN BEI SCHWABEN UND HEIMATVERTRIEBENEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

WOLFGANG JOHANNES WEISE
aus Stuttgart

1984

Dekan : Professor Dr. D. Plester

1. Berichterstatter : Professor Dr. H. Heimann

2. Berichterstatter : Professor Dr. R. Lempp

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt Professor Dr. H. Heimann für die Themenstellung und Betreuung der Arbeit, sowie den Drs. J. Gestrich und H.W. Schied für die Unterstützung bei der Vorbereitung und Fertigstellung der Arbeit.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung 2

2. Methode 5

3. Ergebnisse 11

4. Diskussion 23

5. Zusammenfassung 33

6. Literatur 34

7. Danksagung 38

8. Lebenslauf 39

I. Einleitung

Seit etwa der Jahrhundertwende gibt es in der psychiatrischen Literatur Hinweise für eine Häufung der endogenen Depressionen in Württemberg. In seinem ersten Rechenschaftsbericht nach Gründung der Universitätsnervenklinik Tübingen fällt dem damaligen Direktor Siemerling (24) das Überwiegen der sogenannten einfachen Seelenstörungen in Tübingen auf, während er sie bei seiner früheren Tätigkeit in der Berliner Charité kaum fand (Tübingen 61 %, Berlin 17%) und dort die Deliranten und Alkoholisten dominieren. Innerhalb der einfachen Seelenstörungen überwiegt nun die depressive Form in Form der Melancholie, was Siemerling auf den ländlichen Charakter des Einzugsgebietes der Tübinger Klinik zurückführt, wobei er Abgeschlossenheit des Wohnortes und Verbreitung des Sektenwesens zuweilen als begünstigend beim Zustandekommen der Erkrankung betrachtet.

Von Rohden (22) untersucht die Aufnahmen von Psychosen aus 90 Anstalten des damaligen Deutschen Reiches und kommt bei den endogenen Psychosen zu einem durchschnittlichen Verhältnis zwischen Schizophrenien und manisch-depressiven Erkrankungen von 77% zu 23%. Der geringste Anteil an manisch-depressiven Erkrankungen findet sich in Brandenburg mit 13,2%, in Ost- und Westpreußen mit 13,5% und in der deutschsprachigen Schweiz mit 13,7%, während der höchste Anteil aus dem Land Hannover mit 29,7% und aus Württemberg mit 31,3% stammt.

Diese Zahlen werden von Weitbrecht (35) unterstützt, der bei den Aufnahmen 1933-35 an endogenen Psychosen im Bürgerhospital Stuttgart 67% Schizophrenien und 33% zyklothyme Psychosen fand. Bei seiner Darstellung der schwäbischen Stammespsychopathologie kommt er zu dem Schluß, daß für die spezifisch schwäbische religiöse Färbung der endogenen Psychosen in letzter Instanz nicht traditionell umweltgebundene Faktoren, sondern stammesmäßig biologi-

sche Ursachen maßgebend sind.
Auch Reiss (21) fällt die Häufung des manisch-depressiven Irreseins im Württemberg auf. Für ihn entspricht das Krankheitsbild einer angeborenen Gemütsveranlagung im Sinne eines stärkeren Hervortretens und einer Steigerung der eigentümlichen Konstitution der Schwaben.
Bei der Frage, weshalb bestimmte psychische Krankheiten bei bestimmten Bevölkerungsgruppen vermehrt auftreten, gibt die Untersuchung von Obermann und Möllhof (5) an heimatvertriebenen Donaudeutschen einige aufschlußreiche Lösungsansätze. Sie fanden bei den Diagnosen Erlebnisreaktionen und Psychopathien eine mehr als fünffache Häufigkeit der Donaudeutschen im Vergleich zum allgemeinen Krankengut. Dieses deutliche Überwiegen der Erlebnisreaktionen wird auf das Vertriebenenschicksal dieser Menschen zurückgeführt, die durch den abrupten Wechsel ihrer Lebensumstände Schwierigkeiten bei der Anpassung an die neue Situation hatten und teilweise noch haben.
Koppendörfer (13) findet bei seiner Untersuchung an Heimatvertriebenen aus dem PLK Weinsberg auch ein Überwiegen der abnorm seelischen Erlebnisreaktionen bei den Heimatvertriebenen, die prozentual etwa viermal häufiger auftreten als bei den Einheimischen, während diese etwa zweieinhalbmal häufiger an manisch-depressiven Psychosen erkranken als die Heimatvertriebenen.
Da nun die Donaudeutschen zum größten Teil aus der Pfalz Mainfranken, Hessen und Sachsen stammen, und auch innerhalb des Deutschen Reiches vor dem 2.Weltkrieg kaum eine nennenswerte Migration stattfand, kann man von den Heimatvertriebenen als einer einheitlichen, d.h. nicht aus Württemberg stammenden Gruppe sprechen. Diese Gruppe der Heimatvertriebenen kann nun bei der Fragestellung, ob in Württemberg die Morbidität an endogenen Depressionen höher ist als anderswo, als Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Umgekehrt können die Schwaben bei der Fragestellung, ob die Heimatvertriebenen häufiger an reaktiven Depressionen erkranken, als Vergleichs-

gruppe dienen. Ziel der folgenden Arbeit ist somit die empirische Überprüfung der Hypothese von der Häufung endogener Depressionen in Württemberg und der reaktiven Depressionen bei Heimatvertriebenen. Die Frage nach der Ursache dieser Häufung zweier verschiedener Krankheitsbilder innerhalb der Bevölkerung, bzw. der Ätiologie der endogenen Depression läßt sich mit der angewandten Methode nicht entscheiden. Hier können nur Hinweise für verursachende Momente angegeben und diskutiert werden.

II. Methode

Unser Material umfaßt 1153 Krankengeschichten von Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen aus den Jahren 1961 bis 1968, die dort wegen Depressionen ein- oder mehrmals behandelt wurden. Dieser Zeitraum erschien uns sinnvoll, da durch den Mauerbau 1961 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Deutschen Demokratischen Republik die Umsiedlung weitgehen abgeschlossen war, und die Klinik in diesem Zeitraum unter der gleichen Direktion (Prof.Dr.W.Schulte) stand, sodaß wir von einem einheitlichen Diagnosenschema ausgehen können.

Wir beschränken uns bei unserer Erhebung auf Patienten, die in einem Umkreis von 50 km von Tübingen wohnten, aus dem nach Finzen (7) etwa 80% aller Patienten der Universitätsnervenklinik Tübingen kommen. Wir nahmen in unsere Arbeit Patienten aus 23 Landkreisen einschließlich Tübingen auf, die damals innerhalb dieses 50 km Radius lagen. Diese Beschränkung erschien uns auch deshalb sinnvoll, da ein Großteil der Patienten von außerhalb dieser Landkreise Privatpatienten waren und so die soziale Schichtung des Untersuchungskollektivs beeinflußt hätten.

Es handelt sich bei der Arbeit insgesamt um eine retrospektive epidemiologische Studie über stationär behandelte endogene und reaktive Depressionen bei Schwaben und Heimatvertriebenen. Die Hauptkriterien waren dabei klinische, genetische und soziale Daten, die anhand eines Erhebungsbogens den Krankengeschichten entnommen wurden.

Das Kriterium "Heimatvertriebener" konnten wir nicht im Sinne der offiziellen Statistiken erheben. Während dort als Heimatvertriebener gilt, wer vor 1945 in den deutschen Ostgebieten bzw. in Südost- und Osteuropa geboren ist und ebenso dessen Kinder, konnten wir die Kinder aus unseren Krankengeschichten nicht erheben, da der Geburts-

ort der Eltern nur selten bekannt ist. Als Heimatvertriebener wird von uns also definiert, wer vor 1945 in der DDR, in den ehemaligen deutschen Ostgebieten oder in Südost- und Osteuropa geboren ist und durch Vertreibung oder Flucht in unser Einzugsgebiet gelangt ist. Diese Beschränkung haben wir bei der Betrachtung des Anteils der Heimatvertriebenen im Krankengut und in der Wohnbevölkerung entsprechend berücksichtigt, ebenso wie beim Vergleich der Altersverteilung von Heimatvertriebenen und Einheimischen. Die Begriffe Heimatvertriebener und Flüchtling werden im folgenden synonym gebraucht,

Die klinischen Daten bestehen im wesentlichen aus den Diagnosen, die nach dem ICD-Diagnosenschlüssel (8.Revision) unterschieden werden.

Involutionsdepression	ICD 296.0
Manie im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose	ICD 296.1
Zirkuläre Verlaufsform einer manischdepressiven Psychose (biopolar)	ICD 296.3
Depression im Rahmen einer manisch-depressiven Psychose - monopolare Depression	ICD 296.2
Schizo-affektive Mischpsychose	ICD 295.7
Reaktive/neurotische Depression	ICD 300.4

Zum Zeitpunkt der Abfassung der Krankengeschichten wurde der ICD-Diagnosenschlüssel nicht benutzt, dennoch entsprechen die damals verwandten Diagnosen dem ICD-Diagnosenschlüssel weitgehend, sodaß die nachträgliche Klassifikation keine Schwierigkeiten bereitete. Die Diagnosen Manie und zirkuläre Verlaufsform einer manisch-depressiven Psychose haben wir zusammengefaßt, da ihre Anzahl einzeln nicht zu statistischen Berechnungen ausgereicht hätte. Unter Diagnose reaktive/neurotische Depression befinden sich auch Krankengeschichten mit der Diagnose "Suicidversuch", ohne weitere Kennzeichnung der zugrundeliegenden Krankheit.

Dies erscheint uns durch den Umstand gerechtfertigt, daß jedem Suicidversuch eine zumindest kurzfristige depressive Verstimmung zugrunde liegt. Wie aus der obigen Aufstellung ersichtlich wird, fanden organische Depressionen keine Berücksichtigung.
Als weiteres klinisches Kriterium wurden besondere Ereignisse im Jahr vor der ersten stationären Aufnahme erhoben, die wir in körperliche Krankheiten und sogenannte "Life events" aufteilten, worunter wir u.a. Verlust eines nahen Angehörigen, Trennung vom Elternhaus bzw. von den Kindern, Partnerprobleme, Schwierigkeiten in der Familie, Orts- bzw. Wohnungswechsel und berufliche Probleme oder Veränderungen verstanden.

Unter den genetischen Daten faßten wir die familiäre Belastung der untersuchten Patienten zusammen Punkt. Als familiär belastet galt derjenige Patient, indessen Familie oder Verwandtschaft (Eltern, Großeltern, Onkel, Tante u.a.) eine oder mehrere der obengenannten Formen der Depression auftrat.

Die soziale Schichtung wurde anhand des Modells von Kleining und Moore (11,12) vorgenommen, wobei die Kriterien Schulbildung und Kostenträger nur unterstützenden Charakter hatten. Hauptkriterium für den sozialen Status ist nach Kleining und Moore der ausgeübte Beruf. Er ist der beste Einzelindikator für den sozialen Status in den industriellen Gesellschaften, wobei Ehefrauen nach dem Beruf des Ehemanns und unverheiratete Frauen nach dem Beruf des Vaters eingeordnet wurden, sofern sie keinen eigenen Beruf erlernt hatten. Jugendliche in der Ausbildung entsprechend nach dem Beruf des Vaters, Rentner nach dem früher ausgeübten Beruf. Kleining und Moore gingen bei ihrem Modell von der Warnerschen Einteilung der amerikanischen Gesellschaft in sechs soziale Schichten aus, die sie im Prinzip in der Bundesrepublik Deutschland wiederfanden. Sie paßten dieses System im Laufe ihrer Arbeit dann jedoch besser den deutschen Verhältnissen an, indem

sie mit sieben Schichten arbeiteten und eine horizontale Unterteilung der beiden mittleren Schichten vornahmen. Sie ordneten diesen sieben Schichten Berufe zu, die sie anhand von Massenbefragungen fanden. Insgesamt basieren die Ergebnisse auf sogenannten sozialen Selbstein - schätzungen der Befragten (SSE). Unsere Aufgabe bestand darin, Patienten aufgrund eines vorgegebenen Schemas, in dem die verschiedenen Berufe verzeichnet waren, den einzelnen Schichten zuzuordnen. Im folgenden stellen wir ein paar ausgewählte Berufe den Schichten gegenüber, in die sie nach Kleining und Moore eingeordnet werden.

Soziale Schicht	Abkürzung	Beruf
"Prestigeberufe" (Oberschicht)	O	Universitätsprofessor
		Oberlandesgerichts-präsident
		Chefarzt eines großen Krankenhauses
		Generaldirektor eines Industriebetriebes
		Gesandter im diplomatischen Dienst
Obere Mittelschicht	OM	Staatsanwalt
		Kaufmännischer Direktor
		Rechtsanwalt
Mittlere Mittelschicht	MM	Apother
		Zahnarzt
		Kriminalinspektor
		Straßenbauingenieur
		Prokurist
Untere Mittelschicht nicht industriell	UM/ni	Standesbeamter
		Technischer Zeichner
		Malermeister
		Schneidermeister

Untere Mittelschicht	UM/i	Werkmeister Feinmechaniker
Obere Unterschicht nicht industriell	OU/ni	Krankenpfleger Kellner Postbote
Obere Unterschicht industriell	OU/i	Schlossergeselle Eisengießer Tankstellenwart
Untere Unterschicht	UU	Gärtnergehilfe Fensterputzer
Sozial Verachtete	SV	Möbelpacker Straßenreiniger Zeitungsausträger

Augrund der ungenauen Angaben in den Krankengeschichten waren wir gezwungen, folgende drei Schichten zusammenzufassen: Oberschicht, Obere Mittelschicht und Mittlere Mittelschicht. Es gelang uns keine genaue Abgrenzung dieser Schichten. Das gleiche gilt für die Untere Unterschicht und die Sozial Verachteten. Auch diese beiden Schichten mußten wir zusammenfassen. Wir erhalten somit in unserer Untersuchung ein Vierschichtenmodell, bestehend aus:

I Oberschicht, Obere Mittelschicht, Mittlere Mittelschicht
II Untere Mittelschicht (industriell, nicht industriell)
III Obere Unterschicht (industriell, nicht industriell)
IV Untere Unterschicht, Sozial Verachtete

Die Auswertung der von uns erhobenen Daten wurde von der Abteilung für medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung der Universität Tübingen mit Hilfe von Häufig - keitslisten und Kreuztabellen ermöglicht. In den seltesten Fällen war es möglich den Erhebungsbogen in allen Punkten zu füllen, sodaß bei verschiedenen Fragestellun-

gen nicht die Gesamtzahl von 1.153 Krankengeschichten erreicht werden konnte. Wir geben jeweils die Bezugszahl an. Statistisch wurden die Daten mittels der ^{2}-Methode nach ihrer Signifikanz geprüft. Bei sehr kleinen Zahlen verwandten wir den 2^k-Feldertest. Ein statistisch signifikantes Ergebnis besagt bei Anwendung der ^{2}-Methode bezw. des 2^k-Feldertestes, daß ein bestimmter Unterschied bei den geprüften Verteilungen mit Sicherheit vorhanden ist. Bestand eine Signifikanz aus mehreren Einzelsignifikanzen, wurde nach der Methode von Bonferoni der Wert bestimmt, der für die Signifikanz hauptsächlich verantwortlich war.

Bevor wir die Hypothese von der Häufung der endogenen Depressionen bei Schwaben bzw. der reaktiven Depressionen bei Heimatvertriebenen überprüfen konnten, mußten wir zuerst die Herkunft der Patienten feststellen, den Anteil der Heimatvertriebenen im Krankengut mit dem in der Wohnbevölkerung vergleichen und Differenzen im Altersaufbau von Schwaben und Heimatvertriebenen ausschließen.

III. Ergebnisse

1.) Die Herkunft der Patienten nach ihrem Geburtsort ist in Abbildung 1 dargestellt und in Tabelle 1 zusammengefaßt. Der größte Teil, nämlich 58,2% der Patienten, stammt aus Baden/Württemberg, wobei der Anteil der in Württemberg Geborenen etwa 95% beträgt. Deshalb werden wir im weiteren von dieser Gruppe einfachheitshalber als Schwaben sprechen. Die Heimatvertriebenen machen 27,0% der Patienten aus, wobei hier der größte Teil aus der DDR, den Balkanländern, sowie aus Ostpreußen und der CSSR stammt. Aus der übrigen BRD stammen 12% der Patienten und aus dem restlichen Ausland ein verschwindender Teil mit 2,8%.

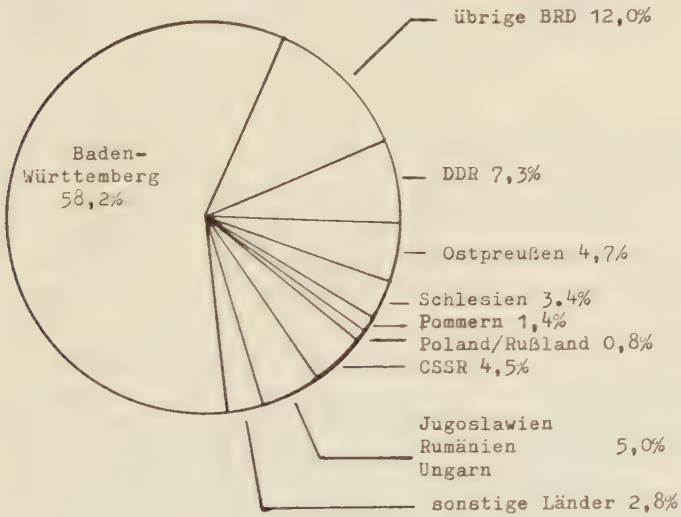

Abb. 1. Herkunft der Patienten

Tabelle 1. Herkunft der Patienten (zusammengefaßt)

	n	%
Baden-Württemberg(Schwaben)	671	58,2
Flüchtlinge und Heimatvertriebene (Heimatvertriebene)	312	27,0
Übrige BRD und Deutsche aus anderen Ländern ("Sonstige")	170	14,8
Zusammen	1,153	100,0

2.) Bei der Betrachtung der Ankunft der Heimatvertriebenen in der BRD fällt auf, daß knapp die Hälfte der Heimatvertriebenen unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg und jeweils 1/4 der Heimatvertriebenen zwischen 1947 und 1955, bzw. nach 1955 in das Gebiet der BRD gelangten.

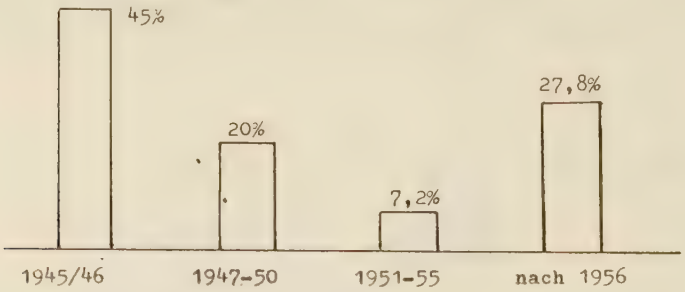

Abb.2 Ankunft der Heimatvertriebenen in der BRD (n= 180)

3.) Bei der Ankunft der Heimatvertriebenen an ihrem jetzigen Wohnort verhält sich die Verteilung etwas anders, wobei allerdings noch zu berücksichtigen ist, daß wir zu diesem Punkt nur etwa 40% der Heimatvertriebenen erfassen konnten. Da Baden-Württemberg im äußersten Südwesten der BRD, d.h. relativ weit von der jetzigen Ostgrenze entfernt liegt, verschob sich die Ankunft der Heimatvertriebenen an ihrem jetzigen Wohnort, verglichen

mit ihrer Ankunft in der BRD, um einige Jahre. So siedelten sich unmittelbar nach Kriegsende nur knapp 1/5 der Heimatvertriebenen an ihrem jetzigen Wohnort an, während in den Jahren nach 1955 über die Hälfte der erfaßten Heimatvertriebenen an ihren jetzigen Wohnort kam.

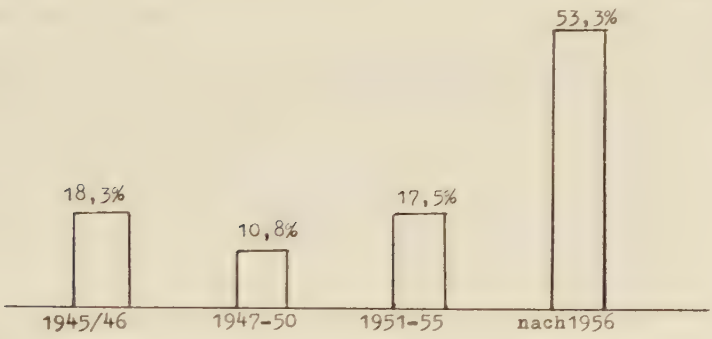

Abb. 3 Ankunft der Heimatvertriebenen an ihrem jetzigen Wohnort (n = 120)

4. Beim Vergleich des Anteils der Heimatvertriebenen an der Wohnbevölkerung und am Krankengut haben wir nur die Wohnbevölkerung der 23 Landkreise im Alter von mehr als 15 Jahren betrachtet, da, wie oben beschrieben, die Kinder von Heimatvertriebenen von uns nicht erfaßt werden konnten. Der Anteil der Heimatvertriebenen an der Wohnbevölkerung und am Krankengut differiert um etwas weniger als 2%, woraus sich kein signifikanter Unterschied ergibt. Da nach 1961 der Strom der Heimatvertriebenen durch den Mauerbau deutlich nachließ, dürfte der Anteil der Heimatvertriebenen bei den Krankenaufnahmen ihrem Anteil an der Bevölkerung im Erhebungszeitraum weitgehend entsprechen.

Tabelle 2. Anteil der Heimatvertriebenen an der Wohnbevölkerung im Einzugsgebiet (1961) und am Krankengut

	23 Landkreise	Heimatvertriebene
Wohnbevölkerung (15 Jahre)	2399302 (100%)	609744 (25,3%)
Krankengut	1153 (100%)	312 (27,0%)

5.) Bei der Altersverteilung zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen fällt das Überwiegen der älteren Jahrgänge bei den Schwaben und der jüngeren Jahrgänge bei den Heimatvertriebenen auf. Allerdings ist nur der Unterschied bei den vor 1896 Geborenen auf dem 0,05-Niveau signifikant. Wir konnten daher auf eine Altersstandardisierung verzichten.

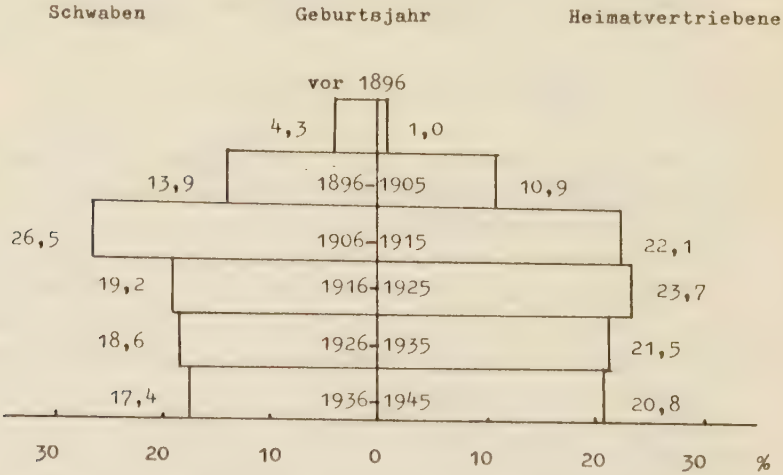

Abb. 4. Altersverteilung bei Schwaben (n = 671) und Heimatvertriebenen (n = 312)

6.) Die einzelnen Diagnosen verteilen sich ungleich auf Schwaben, Heimatvertriebene und Sonstige. Auffällig ist die deutliche Überrepräsentierung der Schwaben, die mit 58,2% am gesamten Krankengut beteiligt sind, bei der monopolaren endogenen Depression und ihre Unterrepräsentierung bei der reaktiven und neurotischen Depression. Beide Abweichungen sind auf dem 0,01-Niveau signifikant. Bei den Heimatvertriebenen sind die Verhältnisse genau umgekehrt. Bei einem Anteil von 27,0% am gesamten Krankengut sind sie bei der monopolaren endogenen Depression mit 17,3% deutlich unterrepräsentiert, bei der reaktiven und neurotischen Depression mit 33,0% überrepräsentiert. Diese Abweichungen sind ebenfalls auf dem 0,01-Niveau signifikant. Die Überrepräsentierung der Schwaben bei der Involutionsdepression dürfte mit ihrem Überhang bei älteren Jahrgängen zusammenhängen, während die Überrepräsentierung der Heimatvertriebenen bei der reaktiven und neurotischen Depression nicht allein durch ihren Überhang bei den jüngeren Jahrgängen erklärt werden kann. Bei der Manie und der endogenen bipolaren Depression deckt sich der Anteil der Schwaben und Heimatvertriebenen weitgehend mit ihrem Anteil am Gesamtkrankengut.
Bei der Betrachtung der prozentualen Häufigkeit der einzelnen Diagnosen bei Schwaben und Heimatvertriebenen wird der Unterschied noch deutlicher. So wurde die reaktive und neurotische Depression bei den Heimatvertriebenen um die Hälfte häufiger diagnostiziert, während andererseits die endogene monopolare Depression bei den Schwaben doppelt so häufig diagnostiziert wurde.

Tabelle 3. Diagnostische Verteilung bei Schwaben (n = 671) und Heimatvertriebenen (n=312)

	ICD	n ges.	Schwaben n	Schwaben %	Heimatver. n	Heimatver. %
Involutionsdepression	296.0	231	149	64,5	56	24,2
Manie und endogene bipolare Depression	296.1 296.3	54	31	57,4	14	25,9
Endogene monopolare Depression	296.2	271	195	72,0	47	17,3
Schizoaffektive Mischpsychose	295.7	32	22	66,7	7	21,2
Neurotische und reaktive Depression	300.4	565	274	48,5	188	33,0
Zusammen		1153	671	58,2	312	27,0

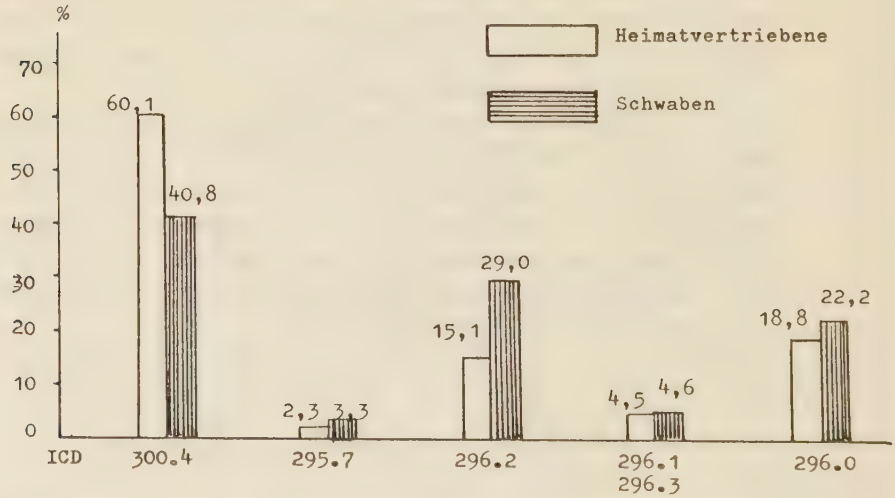

Abb.5. Vergleich der diagnostischen Verteilung bei Schwaben (n=671) und Heimatvertriebenen (n=312)

7.) Die Zahl der belastenden Ereignisse, die wir nach körperlichen Krankheiten und sogenannten "life events" aufgeschlüsselt haben, ergibt innerhalb der einzelnen Diagnosen zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen keinen signifikanten Unterschied. Die Zahl der belastenden Ereignisse bezogen auf einzelne Diagnosen ist sehr unterschiedlich. So sind bei der Involutionsdepression die körperlichen Krankheiten deutlich erhöht, was aufgrund der älteren Patienten mit dieser Diagnose verständlich ist. Die Zahl der "life events" ist bei der reaktiven und neurotischen Depression am höchsten, was leicht erklärbar ist, da sich diese Diagnose u.a. von der Zahl und Bedeutung der "life events" definiert.

Tabelle 4. Belastende Ereignisse bei Schwaben (n=612) und Heimatvertriebenen (n = 267)

	Schwaben			Heimatvertriebene		
Diagnose ICD	n	körp. Krkh. %	life events %	n	körp. Krkh. %	life events %
296.0	146	11,0	34,9	54	16,7	44,4
296.1/296.3	31	3,2	32,3	14	-	42,9
296.2	187	9,6	27.8	46	15,2	32,6
295.7	21	-	38,0	6	16,6	33,3
300.4	227	7,0	78,0	147	12,1	77,2

8.) Die genetischen Daten beziehen sich ausschließlich auf die familiäre Belastung mit Depressionen, die nach Diagnose und Herkunft betrachtet wird. Die familiäre Belastung verteilt sich unterschiedlich auf die einzelnen Diagnosen. Sie ist bei der monopolaren endogenen Depression und der schizoaffektiven Mischpsychose am höchsten

und bei der reaktiven und neurotischen Depression am geringsten. Beim Vergleich der familiären Belastung zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen ergibt sich folgendes Bild: Kein signifikanter Unterschied zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen fand sich bei den Diagnosen Manie, bezw. endogene bipolare Depression, endogene monopolare Depression und schizoaffektive Mischpsychose. Bei der Involutionsdepression und der reaktiven und neurotischen Depression sind die Schwaben deutlich überrepräsentiert. Diese beiden Unterschiede sind auf dem 0,01-Niveau signifikant.

Tabelle 5. Familiäre Belastung bei Schwaben (n = 483) und Heimatvertriebenen (n = 204)

	Schwaben		Heimatvertriebene	
Diagnose ICD	n	familiäre Belastung	n	familiäre Belastung
296.0	111	23,4%	42	4,8%
296.1/296.3	23	34,8%	6	33,3%
296.2	151	37,7%	31	25,8%
295.7	14	42,8%	4	50,0%
300.4	184	17,4%	121	5,0%

9.) Schwaben und Heimatvertriebene verteilen sich unterschiedlich auf die verschiedenen sozialen Schichten. Die Schwaben sind in den Schichten I und III überrepräsentiert ($p < 0.05$), während die Heimatvertriebenen in der Schicht IV deutlich überrepräsentiert sind ($p < 0.01$). In der Schicht IV besteht auch der größte Unterschied zur Normalbevölkerung. Die Schwaben sind hier etwa doppelt, die Heimatvertriebenen etwa dreifach so häufig vertreten. Die Verteilung der Normalbevölkerung auf die

einzelnen Schichten bezieht sich auf die Angaben von Kleining und Moore, die in Baden-Württemberg in den Jahren 1967/68 ermittelt wurden und auch für unser Einzugsgebiet repräsentativ sein dürften .

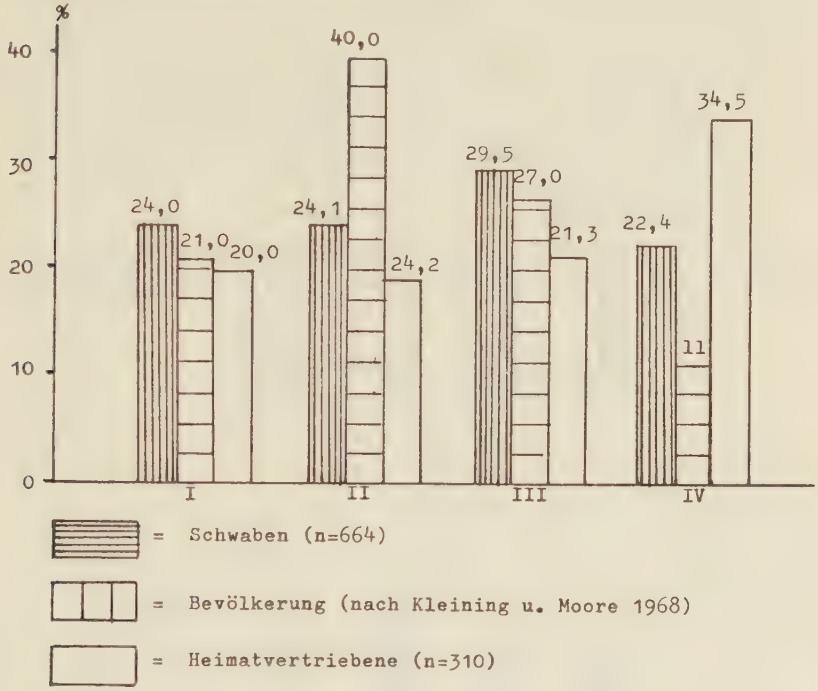

Abbildung 6. Soziale Schichtung der Bevölkerung von Baden-Württemberg und der Schwaben und Heimatvertriebenen im Krankengut.
I = Oberschicht, obere Mittelschicht/mittl.Mittelschicht,
II = untere Mittelschicht, III = obere Unterschicht,
IV = untere Unterschicht/sozial Verachtete

Wir haben dann in Abbildung 7 die verschiedenen endogenen Depressionen zusammengefaßt und sie bezüglich der sozialen Schichtung von Schwaben und Heimatvertriebenen mit der reaktiven Depression verglichen.

Bei den endogenen Depressionen verteilen sich Schwaben und Heimatvertriebene relativ gleichmäßig über die einzelnen sozialen Schichten. Es besteht kein signifikanter Unterschied zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen.
Anders bei der reaktiven Depression. Hier überwiegen die beiden unteren Schichten III und IV. In der Schicht III sind die Schwaben und in der Schicht IV die Heimatvertriebenen deutlich überrepräsentiert. Beide Unterschiede sind auf dem 0.01 - Niveau signifikant.

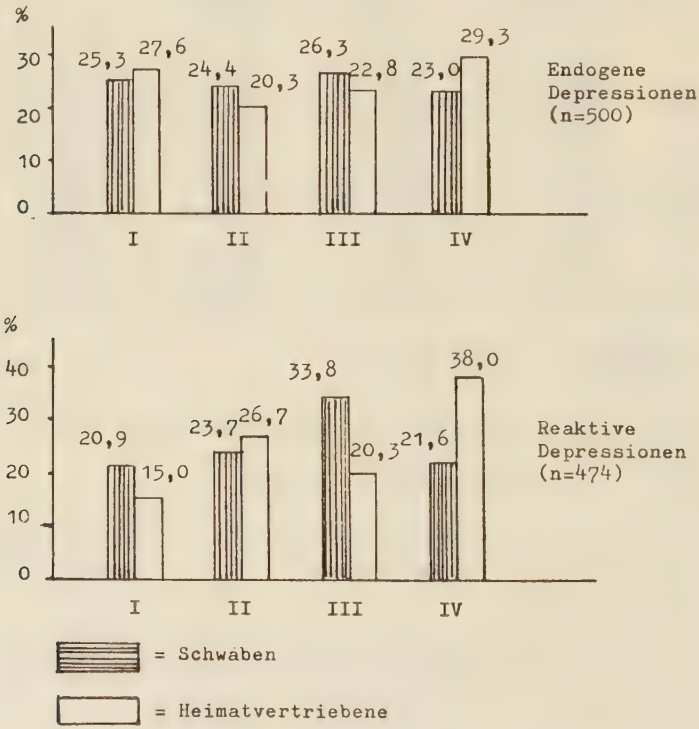

Abb.7. Soziale Schichtung innerhalb der endogenen und reaktiven Depressionen bei Schwaben und Heimatvertriebenen.

10.) Als weitere Kriterien für die soziale Schichtung wurde der ausgeübte Beruf, die Schulbildung und der Krankenhauskostenträger betrachtet, die zusätzlich zu der Sozialschichtung von Kleining und Moore gesehen werden sollen. Es wurde deshalb auf statistische Signifikanzberechnungen verzichtet. Die Herkunft der Patienten spielt beim ausgeübten Beruf keine wesentliche Rolle, denn bei Schwaben und Heimatvertriebenen üben etwa 90 % einen im Vergleich zum erlernten ähnlichen Beruf aus oder sie sind in den altersentsprechenden Ruhestand getreten, bezw. sind Hausfrauen geworden. Soziale Aufsteiger sind praktisch gleich stark vertreten, während die sozialen Absteiger bei den Heimatvertriebenen überwiegen.

Tabelle 6. Ausgeübter Beruf bei Schwaben (n = 657) und bei Heimatvertriebenen (n = 296)

	Schwaben %	Heimatvertriebene %
gleicher Berufsstatus	91,1	86,7
beruflicher Aufstieg	1,6	1,6
beruflicher Abstieg	2,0	5,4
keine Angaben erhebbar	5,3	6,3

Auch die Schulbildung als Kriterium der sozialen Schichtung zeigt praktisch keine Unterschiede zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen. Ungefähr 80 % beider Gruppen haben Volks- oder Sonderschulen besucht, knapp 10 % haben die Mittlere Reife und etwas mehr als 10 % besitzen Abitur und Studienabschluß.

Tabelle 7. Schulbildung bei Schwaben (n = 662) und bei Heimatvertriebenen (n = 301)

	Schwaben %	Heimatvertriebene %
Volksschule bezw. Sonderschule	80,2	79,7
Mittlere Reife	8,6	8,3
Abitur und Studienabschluß	11,2	12,0

Als letztes Kriterium der sozialen Schichtung wurde der Krankenhauskostenträger betrachtet. Auch hier gibt es zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen keine wesentlichen Unterschiede. Etwas mehr Heimatvertriebene sind in den RVO-Kassen und über das Sozialamt versichert, während die Schwaben bei den Selbstzahlern dritter Klasse (Landwirte) und den Selbstzahlern erster und zweiter Klasse überwiegen.

Tabelle 8. Krankenhauskostenträger bei Schwaben (n=671) und bei Heimatvertriebenen (n = 312)

	Schwaben %	Heimatvertriebene %
RVO - Kassen	59,8	68,2
Ersatzkassen	6,7	10,2
Selbstzahler 3. Klasse	7,0	1,9
Selbstzahler 1.und 2. Klasse	25,2	15,1
Sozialamt	1,3	4,5

IV. Diskussion

Wir haben die Häufigkeit stationär aufgenommener Patienten mit endogenen und reaktiven Depressionen zweier Bevölkerungsgruppen miteinander verglichen. Die Unterscheidungskreterien dieser Bevölkerungsgruppen beruhen auf der Herkunft und auf der Art und Intensität der erfahrenen Umwelteinflüsse. Es wurden Schwaben und Heimatvertriebene aus der DDR, aus ehemals deutschen Ostgebieten und aus Ost- und Südosteuropa gegenüber gestellt. Bei den Schwaben waren 60% der Depressionen endogener, 40% reaktiver Art. Bei den Heimatvertriebenen war das Verhältnis genau umgekehrt. Die größte Diskrepanz zeigte sich bei der monopolar verlaufenden endogenen Depression, die bei den Schwaben prozentual fast doppelt so häufig diagnostiziert wurde wie bei den Heimatvertriebenen.

Einige Punkte der angewandten Methode müssen allerdings kritisch betrachtet werden. Die Zuordnung zu einem bestimmten Volksstamm nach dem Geburtsort ist natürlich nicht sehr genau. Diesen Mangel haben wir eingeschränkt, indem wir in unserer Untersuchung nur Patienten aufnahmen, die vor Kriegsende geboren wurden und somit ausschlossen, daß Kinder von Heimatvertriebenen, die in Württemberg geboren wurden, als Schwaben eingeordnet wurden. Auch war die Bevölkerungsmigration vor 1945 in Württemberg sehr gering, sodaß wir glauben evtl. Fehler bei der Zuordnung zu den Schwaben vernachlässigen zu können. Nicht auszuschließen ist, daß ein geringer Anteil der Heimatvertriebenen aus Ost- und Südosteuropa schwäbischer Herkunft ist. Wir halten ihre Anzahl allerdings für sehr gering, da der größte Teil der sogenannten Donauschwaben aus der Pfalz, Mainfranken, Hessen und Sachsen stammt.

Der Zeitpunkt der Ankunft unserer Patienten in der Bundesrepublik Deutschland entspricht weitgehend dem der Flüchtlinge aus der übrigen Bevölkerung. Jolles (10) und Wottge (37) berichten übereinstimmend, daß der größte Anteil der

Heimatvertriebenen Ende der vierziger und Anfang der fünfziger Jahre die Bundesrepublik erreichte. Im Gegensatz zu bisherigen "Völkerwanderungen" oder Emigrationen von Bevölkerungsgruppen, bei denen zumeist die physisch und psychisch stärksten Individuen vertreten waren, fand bei der Flucht bzw. Umsiedlung vor und nach 1945 keine solche Auslese statt. Jeder Volksdeutsche gleich welcher Herkunft und Charakterstruktur war betroffen, obwohl ein gewisser Anteil der Älteren eher zurückblieb, was die Unterrepräsentierung der Heimatvertriebenen bei den ältesten Jahrgängen erklären könnte.

Die Entscheidung über den Zeitpunkt der Flucht bzw. die Entscheidung zur Flucht überhaupt in einer prämorbiden Persönlichkeits- bzw. Charakterstruktur zu sehen, wie dies Pinter (20) bei psychischen Erkrankungen ungarischer Flüchtlinge in der Schweiz tut, war uns somit nicht möglich. Die Deutschen aus Ost- bzw. Südosteuropa flohen entweder aus Furcht vor den anrückenden Truppen der Sowjetunion oder wurden nach Kriegsende durch das Potsdamer Abkommen aus ihren angestammten Gebieten umgesiedelt. Anders bei der Gruppe der Flüchtlinge aus der Deutschen Demokratischen Republik, die nach 1949 aus politischen, wirtschaftlichen und individuellen Gründen in die Bundesrepublick Deutschland kamen. Ihre jeweiligen Motive sind für uns im einzelnen nicht faßbar. Ein unmittelbarer Zwang zur Flucht bestand für sie im Gegensatz zu den Heimatvertriebenen aus außerdeutschen Gebieten jedoch nicht. Die noch deutlichere Überrepräsentation der DDR-Flüchtlinge bei den reaktiven Depressionen könnte Ausdruck einer bestimmten Selektion sein, die allerdings auch mit ihrem niedrigeren Durchschnittsalter zusammenhängen könnte. Der Umstand, daß sich unter den DDR-Flüchtlingen nicht wenige befanden, für die die Deutsche Demokratische Republik nur Zwischenstation auf ihrer Flucht war, spricht aber gegen die Annahme, die diagnostischen Unterschiede als Ausdruck einer reinen

Selektion unter DDR-Flüchtlingen zu interpretieren. Beide Flüchtlingsgruppen haben den Verlust der Heimat, die Umstände der Flucht und die Schwierigkeiten bei Neubeginn und Integration in den Aufnahmegebieten gemeinsam.

Der Anteil der Heimatvertriebenen im Krankengut entspricht weitgehend ihrem Anteil in der Wohnbevölkerung. Diese Tatsache sehen wir als ein Indiz dafür, daß Schwaben und Heimatvertriebene einem gleichen Einweisungsmodus unterliegen. Die Möglichkeit, daß die Schwaben aufgrund besserer Beziehungen von den niedergelassenen Ärzten eher in Universitätsnervenkliniken, die Heimatvertriebenen aber eher in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern eingewiesen werden, ist somit unwahrscheinlich.

In der Altersverteilung besteht zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen insgesamt kein signifikanter Unterschied. Allerdings fällt ein deutliches Überwiegen der Schwaben bei den vor 1896 Geborenen auf. Dies könnte den Überhang der Schwaben bei der Involutionsdepression erklären, der aber längst nicht so deutlich ist wie bei der Altersverteilung und deshalb nicht allein daraus erklärt werden kann. Zum anderen wäre es denkbar, daß ein Teil der Heimatvertriebenen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters nicht mehr in der Lage waren zu fliehen oder die Strapazen der Flucht nicht überstanden. Auch bei den jüngeren Jahrgängen besteht ein Überwiegen, hier allerdings der Heimatvertriebenen, die auch bei den reaktiven Depressionen überrepräsentiert sind. Die Altersstruktur alleine kann den Überhang aber nicht erklären, vielmehr sehen wir einen Zusammenhang zwischen der Überrepräsentierung der Heimatvertriebenen bei den reativen Depressionen und ihrer Überrepräsentierung in den sozialen Unterschichten. Diesen Erklärungsansatz werden wir weiter unten ausführen und belegen.

Zur Frage der familiären Belastung und damit zur Frage der Heredität endogener Depressionen konnte unsere Untersuchung nur begrenzte Aussagen machen. Zum einen stammen die Daten aus völlig unselektierten Krankengeschichten, zum anderen haben wir nicht nur Verwandte ersten, sondern auch solche zweiten Grades in unsere Untersuchungen aufgenommen, was die Vergleichbarkeit mit anderen Studien einschränkt. Wir können somit nur gewisse Trendaussagen machen. Die unterschiedliche familiäre Belastung innerhalb der einzelnen Diagnosen deckt sich in etwa mit den Ergebnissen von Stenstedt (28), der eine doppelt so starke familiäre Belastung bei Verwandten ersten Grades bei endogenen mono- bzw. bipolaren Depressionen im Vergleich zu neurotischen Depressionen fand. Die signifikant unterschiedlichen familiären Belastungen der Schwaben und Heimatvertriebenen den Involutions- und reaktiven Depressionen könnten Ausdruck verlorengegangener Beziehungen der Heimatvertriebenen zu einem Teil ihrer Familienangehörigen sein, von denen sie durch die Flucht getrennt wurden. Dagegen spricht die fast identische familiäre Belastung bei den endogen- mono- bezw. bipolaren Depressionen und der schizo - affektiven Mischpsychose. Nun ist zwar durch die Zwillingsforschung die Rolle eines genetischen Faktors bei der Ätiologie der endogenen Depression gesichert. Die Klärung der Frage, ob der größeren familiären Belastung der Schwaben bei der Involutionsdepression und der reaktiven Depression genetische Ursachen zugrunde liegen, ließe sich erst durch eine umfassende genetische Vergleichsstudie klären.

Unsere Ergebnisse bezüglich der sozialen Schicht zeigen eindrucksvolle Trends. Der größte und hoch signifikante Unterschied zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen stammt aus der Unterschicht. Beim Vergleich der verschiedenen Diagnosen fällt der signifikante Unterschied zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen bei den reak-

tiven Depressionen auf, während bei den endogen De - pressionen kein signifikanter Unterschied besteht. Der Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und depressiven Erkrankungen wird in der Literatur nicht eindeutig beantwortet. Eine Überrepräsentierung der höheren sozialen Schichten bei den endogenen Depressionen stellen Bürger-Prinz (4) und Ödegaard (16) fest, während Spalt (25) außerdem über die Häufung der reaktiven Depressionen in den Unterschichten berichtet. Keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen sozialer Stellung und endonen Depressionen können Angst (1) und Häfner (8) sehen. Unsere Ergebnisse unterstützen somit die These von häufigerem Auftreten der reaktiven Depressionen in der Unterschicht und der gleichmäßigen Verteilung der endogenen Depressionen über alle soziale Schichten. Allerdings ist auch hier die Aussagefähigkeit eingeschränkt, da die Kriterien für die soziale Schicht bei den verschiedenen Autoren nicht identisch sind.

Im folgenden wollen wir der Frage nachgehen, ob die zwischen Schwaben und Heimatvertriebenen gefundenen Unterschiede in der sozialen Schicht mit der Überrepräsentierung der Heimatvertriebenen in der Unterschicht und ihrem erhöhten Erkrankungsrisiko an reaktiven Depressionen zusammenhängen können. Zunächst erscheint es verständlich, daß es in unteren sozialen Schichten mehr Anlässe zum Auftreten einer depressiven Verstimmung geben kann und deren Auswirkungen schlechter kompensiert werden können. Somit könnte das Überwiegen der reaktiven Depressionen bei den Heimatvertriebenen mit ihrer stärkeren Unterschichtszugehörigkeit erklärt werden. Die soziale Situation der Heimatvertriebenen war durch die Flucht oder Vertreibung aus ihrer Heimat und die Verhältnisse im Nachkriegsdeutschland stark beeinträchtigt. So werden in der Flüchtlingsliteratur ein erhöhtes Auftreten von Arbeitslosigkeit bei Heimatvertriebenen (Pfeil, 18), das Nichterreichen ihrer früheren sozia-

len Stellung (Staatsbeauftragter für das Flüchtlingswesen, 27) und der deutliche soziale Abstieg der Bauern unter den Heimatvertriebenen (Steyer, 29; Müller, 15) als Ausdruck der Schwierigkeiten bei der sozialen Integration der Heimatvertriebenen beschrieben. Diese war besonders schwierig für die hauptsächlich in Baden-Württemberg aufgenommenen Heimatvertriebenen aus Südosteuropa, da sich ihre bäuerliche Sozialstruktur mit einer kollektiven und statischen Lebensauffassung (Spangenberg, 26) deutlich von der hiesigen industriellen und kleinbäuerlichen Sozialstruktur unterschied. Diese Lebensauffassung war durch bäuerliche Großfamilien mit starker gegenseitiger Verflechtung und der Stabilität der zwischenmenschlichen Beziehungen gekennzeichnet. Auch die Entwicklung eines "Kollektivsinnes" war nötig, um in einer fremdsprachigen Umgebung die kulturellen Eigenarten zu bewahren. Die Heimatvertriebenen kamen zu Beginn in ein vom Krieg stark zerstörtes Land, in dem das wirtschaftliche und kulturelle Leben auf ein Minimum reduziert war[illegible] und sie auf eine teilweise ablehnende Haltung der einheimischen Bevölkerung trafen, die sie als Konkurrenten um die wenigen Arbeitsplätze ansahen.(Schwendt, 23). Alle diese Fakten können Anlaß zu einer mangelnden sozialen Integration sein, die erst mit dem Wirtschaftsaufschwung zu Beginn der fünfziger Jahre und der versuchten materiellen Gleichstellung der Heimatvertriebenen durch das Lastenausgleichsgesetz 1952 gemildert wurde, womit der krasse soziale Gegensatz der ersten Nachkriegsjahre aufgehoben wurde. Den Heimatvertriebenen gelang so während der fünfziger Jahre allmählich die soziale Integration, allerdings waren ihre Handlungen und Gefühle noch von einer eigentümlichen Ambivalenz geprägt. Nach Jolles (10) waren die Heimatvertriebenen an einem eindeutigen Handeln gehindert, weil sie die Flucht oder Vertreibung immer als ein vorläufiges und rückgängig zu machendes Ereignis betrachteten. Diese Haltung wurde durch die Politik der Vertriebenenver-

bände und der Bundesregierungen während der fünfziger Jahre unterstützt und führte zu einer gewissen Verlangsamung der Integration der Heimatvertriebenen besonders auf lokaler Ebene.

Einer geringen Integration auf der sozialen Ebene entspricht das Gefühl des Entwurzeltseins auf individueller Ebene, sei es durch die Flucht und die dadurch verbundenen Erlebnisse, sei es durch die Unterschiedlichkeit in den Charakter- und Persönlichkeitszügen der Heimatvertriebenen und der sie aufnehmenden Bevölkerungsgruppen. Entwurzelung sehen wir bei Flüchtlingen nach Pfister-Ammende (19) als Entwurzeltwerden umweltabhängiger Menschen infolge von Umwelteinwirkungen. Die unmittelbaren Folgen der Entwurzelung durch die Flucht zeigten sich weniger in psychischen Störungen, als in funktionellen und körperlichen Krankheiten (Pfeil,17). Das Auftreten psychischer Reaktionen hängt zum einen von dem oben beschriebenen Stand der sozialen und wirtschaftlichen Integration, zum anderen von der individuellen Verarbeitung der Entwurzelung und Integration ab. Dazu müssen wir die Charaktereigenschaften bzw. Persönlichkeitszüge der Heimatvertriebenen näher betrachten. Die HeimatVertriebenen insgesamt stellen keine einheitliche Volksgruppe dar, die gemeinsame Charaktereigenschaften besitzen. Allenfalls bei Heimatvertriebenen, die aus einem bestimmten Gebiet stammen, wäre dies denkbar. So werden z.B. Heimatvertriebene aus Südosteuropa, die sogenannten Donauschwaben, als meist weiche, labile, anlehnungs- und kontaktbedürftige Persönlichkeiten beschrieben (Spangenberg, 26; Worbes, 36). Diese Eigenschaften mußten sich in einer Situation wie der Flucht und der Umsiedlung und all ihrer Folgen, die selbständige Entscheidung und Gefühlsbeherrschung verlangten, besonders ungünstig auswirken. Bei gleichzeitiger geringer sozialer Integration wird die depressive Verstimmung als ein Ausdruck verständlich, mit den unge-

wohnten Anforderungen nicht mehr fertig zu werden. Diese Aussagen müssen wir allerdings auf die sogenannten Donauschwaben beschränken. Psychiatrische Untersuchungen über das Krankheitsverhalten anderer Volksgruppen wie der Sudetendeutschen, Ostpreußen, Pommern, Schlesier oder DDR-Flüchtlingen fehlen unseres Wissens weitgehend.

Nicht vollkommen gelungene soziale Integration kann die Ursache für die Häufung der Heimatvertriebenen in den sozialen Unterschichten sein. In der stärkeren Benachteiligung der Unterschichten an sich und der großen kulturellen und sozialen Unterschiede bei einem Teil der Flüchtlinge, sehen wir den Zusammenhang zwischen dem häufigeren Auftreten von reaktiven Depressionen bei Heimatvertriebenen und ihre Überrepräsentierung in den Unterschichten hergestellt.

Das auffallenste Ergebnis unserer Untersuchung in bezug auf die Schwaben ist ihr deutliches Überwiegen bei den endogenen Depressionen. Ein möglicher Zusammenhang wäre zwischen den Charaktereigenschaften und Persönlichkeitszügen endogen erkrankter Depressiver und den Schwaben als Volksstamm zu suchen. Diesem Zusammenhang geht Reiss (21) nach und kommt zu dem Schluß, daß die konstitutionelle Verstimmung bei den Schwaben ziemlich häufig auftritt und deren Symptome in ihrer leichteren Form mit dem übereinstimmt, was als die sogenannten schwäbischen Charaktereigentümlichkeiten aufgefaßt wird. Er zitiert mit Finkh (6), Kurtz (14) und Vischer (33) eine Reihe von Autoren, die übereinstimmend bestimmte schwäbische Wesenszüge aufzeigen. Nach ihnen sind die Schwaben fleissige, gewißenhafte, zu Ernst, Sorgfalt und Genauigkeit neigende Menschen. Sie sind schwerblütig, affektscheu und grüblerisch veranlagt, unvermögend aus sich herauszugehen und haben einen Hang zu religiöser Erbauung. Im Gegensatz zu ihrem Streben nach Besitz sind sie oft unfähig zu genießen, was ihre insgesamt eher pessimistische Le-

benshaltung noch unterstreicht. Diese Eigentümlichkeiten machen auch nach neueren Autoren wie Borst (3) und Troll (32) heute noch den schwäbischen Volkscharakter aus. Allerdings sind die Aussagen der oben genannten Autoren nicht wissenschaftlich belegt, d.h. ihren Charakterisierungen der Schwaben liegen keine objektiven Untersuchungen von Persönlichkeitszügen zugrunde.

Für die Ausformung eines bestimmten Volkscharakters sind neben den individuellen Eigenschaften der Menschen geographische, ökonomische und soziale Bedingungen zusammen mit geistigen und religiösen Traditionen maßgebend. Dies schließt bei Veränderung der oben genannten Bedingungen einen Wandel dieser kollektiven Charaktereigenschaften im Laufe der Geschichte ein. Das seit gut hundert Jahren herrschende Schwabenbild wird oft mit dem in Württemberg verbreiteten Pietismus in Zusammenhang gebracht (Borst,3). Diese Variante des Protestantismus ist hauptsächlich in Altwürttemberg, dem Gebiet zwischen Schwäbischem Wald und Schwarzwald, sowie Zabergäu und Schwäbischer Alb verbreitet und umfaßt somit auch das Gebiet, aus dem unsere Patienten stammen. Der Pietismus ist in Württemberg gerade durch Sparsinn in Verbindung mit strenger religiöser Ethik und Ablehnung aller Verschwendungs- und Vergnügungssucht gekennzeichnet. Die vom Pietismus geförderten Tugenden brachte berufstreue Beamte, Arbeiter und Angestellte und vorwiegend patriarchialisch gesinnte Unternehmer hervor, was ungefähr der Württembergischen Sozialstruktur des letzten Jahrhunderts entspricht. Außerdem fallen nach Trautwein (31) die Gebiete der frühen Industrialisierung in Württemberg mit denen des Pietismus zusammen. Für Weber (34) ist die Kombination von virtuosem kapitalistischem Geschäftssinn und intensiver Form von Frömmigkeit eine der Charakteristika des aufstrebenden Bürgertums im vorigen Jahrhundert. So sehen wir mit Weber in dem Pietismus, ohne auf seine Ursprünge näher eingehen zu können, eine Mentialität, die den sozialen und ökonomischen Veränderungen des letzten Jahrhun-

derts weitgehend entgegenkam.

Die Charaktereigenschaften endogen erkrankter Depressiver werden als sehr gewissenhaft, gelegentlich pedantisch und pflichtbewußt, sorgfältig, oft auch ängstlich gehemmt und selbstunsicher beschrieben (Bleuler, 2) . Für Reiss (21) ist das manisch-depressive Irresein der Schwaben ein Krankheitsbild, das der angeborenen Gemütslage im Sinne eines stärkeren Hervortretens der eigentümlichen Konstitution entspricht. Tellenbach (30) verfolgt diesen Ansatz bei monopolar verlaufenden Depressionen in der Herausarbeitung des Typus melancholicus intensiv weiter. Dieser beinhaltet für ihn Wesensstrukturen konstitutioneller Art, die in gesunden wie in kranken Zeiten anzutreffen sind. Fleiß, Ordentlichkeit, Gewißenhaftigkeit und Genauigkeit, verbunden mit einem hohen Selbstanspruch, sind Eigenschaften dieser Menschen, die beruflich meist anspruchslosere und abhängige Tätigkeiten ausüben. Von den Umwelteinflüssen, die der Melancholiker im Laufe seines Lebens erfährt, greift er diejenigen heraus, die seiner vorgegebenen Charakterstruktur am ehesten entsprechen und entwickelt die für ihn später typischen Charaktereigenschaften. Die Entstehung des Typus melancholicus ist damit nicht unabhängig von den Umwelteinflüssen, z.B. von den Leistungs- und Ordnungsnormen der jeweiligen Gesellschaft. Die Wichtigkeit dieser gesellschaftlichen Normen haben wir gerade bei der Diskusion des Pietismus und der von ihm geförderten Mentalität hervorgehoben.

V. ZUSAMMENFASSUNG

Die in der Literatur seit der Jahrhundertwende geäußerte Vermutung, daß Schwaben häufiger als andere deutsche Volksstämme an endogenen Depressionen erkranken, wurde mit Hilfe einer retrospektiven epidemiologischen Untersuchung überprüft. Die Häufigkeit endogener und reaktiver Depressionen bei Schwaben und Heimatvertriebenen wurde an 1153 stationär behandelten depressiven Patienten der Jahre 1961 - 68 untersucht. Der Anteil der Heimatvertriebenen im Krankengut entsprach demjenigen an der Normalbevölkerung aus unserem Einzugsgebiet. Bei den Schwaben wurden 60 % der Depressionen als endogene, 40 % als reaktive diagnostiziert. Bei den Heimatvertriebenen ist das Verhältnis genau umgekehrt. Die größte Differenz fand sich bei den monopolar verlaufenden endogenen Depressionen, die bei den Schwaben prozentual doppelt so häufig wie bei den Heimatvertriebenen diagnostiziert wurden. Als Ursache für diese ungleiche Verteilung wurden hereditäre, soziale und charaktereigene Faktoren diskutiert. Es zeigte sich eine gewisse Ähnlichkeit zwischen dem Typus melancholicus und den Eigenschaften, die den schwäbischen Volkscharakter ausmachen sollen. Die Häufigkeit der reaktiven Depressionen unter den Heimatvertriebenen sahen wir im Zusammenhang mit ihrer Überrepräsentierung in der sozialen Unterschicht, die wir als Ausdruck einer nicht vollkommen gelungenen sozialen Integration interpretierten, welche durch die kulturellen und sozialen Unterschiede zwischen Heimatvertriebenen und Einheimischen, sowie die objektiven Nachkriegsbedingungen erschwert wurde.

Literaturliste

1) Angst, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Berlin - Heidelberg - New York: Springer 1966.

2) Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin - Heidelberg - New York: Springer 1979

3) Borst, O.: Württemberg. Geschichte und Gestalt eines Landes. Konstanz: Stadler 1978

4) Bürger - Prinz, H.: Zit. nach Pflanz, M. Sozio - kulturelle Faktoren und psychische Störungen. Fortschr. d. Neurol. Psychiat. 28 471-508 (1960)

5) Ebermann, H., Möllhoff, G.: Psychiatrische Beobachtungen an heimatvertriebenen Donaudeutschen. Nervenarzt 28, 399-405 (1960).

6) Finkh, L.: Beitrag zur Charakteristik des schwäbischen Volks. Schwäbischer Merkur 1907.

7) Finzen, A.: Argumente für eine gemeindenahe Psychiatrie: Daten, Analysen, Untersuchungen zur stationären psychiatrischen Versorgung des Kreises Tübingen. Tübingen 1974.

8) Häfner, H. et.al.: Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim 1965. Sozial Psychiatry, Vol. 4, No. 3, 1969

9) Immich, H.: Medizinische Statistik. Stuttgart: Schattauer 1974

10) Jolles, H.M.: Zur Soziologie der Heimatvertriebenen und Flüchtlingen. Köln, Berlin 1965

11) Kleining, G., Moore, H.: Das soziale Selbstbildnis der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner

Zeitschrift f. Soziol. u. Sozialpsychol. 12, 86-119 (1960)

12) Kleining, G., Moore, H.: Soziale Selbsteinstufung. Kölner Zeitschr. f. Soziol. u. Sozialpsychol. 20, 502-552 (1968).

13) Koppendörfer, W.: Statistische Beobachtungen an der Krankenbewegung eines psychiatrischen Krankenhauses (unter besonderer Berücksichtigung des Jahres 1951) Inaug. Diss. Tübingen 1952.

14) Kurtz, H.: Die Schwaben. In: Schwaben wie es war und ist. hrsg. v. Bauer, L. Karlsruhe 1842.

15) Müller, K.V.: Soziologische und sozialpsychologische Folgen der Austreibungen. In: Das östliche Deutschland. Ein Handbuch 1959.

16) Ødegaård, Ø.: Die Epidemiologie der Psychosen. Nervenarzt 42, 569-575 (1971).

17) Pfeil, E.: Der Flüchtling, Gestalt einer Zeitwende, 1948.

18) Pfeil, E.: Soziologische und psychologische Aspekte der Vertreibung. In: Europa und die deutschen Flüchtlinge, 1952.

19) Pfister - Ammende, M.: Das Problem der Entwurzelung. Schw. Med. Wochenschr. 6, 151-159 (1950).

20) Pinter, E.: Psychische Erkrankungen ungarischer Flüchtlinge in der Schweiz. Akt. Fragen Psychiat. Neurol. 6, 82-95 (1967).

21) Reiss, E.: Konstitutionelle Verstimmung und manisch depressives Irresein. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. Originalien II, 347-628 (1910).

22) v. Rohden, F.: Über Beziehungen zwischen Konstitution und Rasse. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 98, 255-273 (1925).

23) Schwendt, H.: Heimatvertriebene in württembergischen Landgemeinden. Jahrbuch f. ostdt. Volkskunde XII, 27-40 (1969).

24) Siemerling, E.: Bericht über die Wirksamkeit der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Tübingen 1901.

25) Spalt, L.: Demographic Characteristics in Affective Disorders. Dis. Verv. Syst. 36, 209-214 (1975).

26) Spangenberg, H.: Über psychisch reaktive Syndrome bei Deutschen aus Ostmittel- und Südosteuropa anhand von klinischen und testpsychologischen Untersuchungen. Inaug. Diss. Tübingen 1960

27) Staatsbeauftragte für das Flüchtlingswesen in Württemberg-Baden (Hrsg): Die Heimatvertriebenen in Württemberg-Baden und ihre wirtschaftliche Eingliederung, 1950.

28) Stenstedt, A.: Drei genetische Untersuchungen von psychischen Depressionen. In: Das depressive Syndrom, hrsg. v. Hippius, H. und Sellbach, H.: Minden - Berlin - Wien: Urban und Schwarzenberg 1969.

29) Steyer, K.: Berufliche Umschichtung und soziale Lage der vertriebenen Landwirte. In: Drei Jahrzehnte: Die Vertriebenen in Baden-Württemberg, hrsg. v. Schwarz, S.: Stuttgart 1975.

30) Tellenbach, H.: Melancholie. Berlin - Heidelberg - New York: Springer 1976.

31) Trautwein, J.: Religiosität und Sozialstruktur. Untersuchungen anhand der Entwicklung des württembergischen Pietismus. Calwer Hefte 123 (1972).

32) Troll, Th.: Deutschland deine Schwaben. Hoffmann und Campe 1967.

33) Vischer, Fr.Th.: Auch einer. Bd 2 1867.

34) Weber, M.: Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus. Tübingen Mohr 1934.

35) Weitbrecht, H.J.: Beitrag zu einer schwäbischen Stammespsychopathologie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 162, 345-400 (1938).

36) Forbes, Ch.: Psychologisch- soziologische und psychopathologische Besonderheiten der Deutschen aus dem östlichen Mitteleuropa und aus Südosteuropa. Inaug. Diss. Tübingen 1962.

37) Pottge, K.: Die Aufnahmen der Vertriebenen und Flüchtlinge. In: Drei Jahrzehnte: Die Vertriebenen in Baden-Württemberg, hrsg. v. Schwarz, S.: Stuttgart 1975.

LEBENSLAUF

Am 30. Januar 1951 wurde ich als Sohn des Kurt Döhring und der Annelies Weise in Stuttgart geboren.
Von 1957 bis 1962 besuchte ich in Pforzheim die Volksschule, von 1962 bis 1966 das Gymnasium. 1970 legte ich am Gymnasium in Leonberg das Abitur ab.
Von 1970 bis 1972 leistete ich den Wehrdienst, nach der Kriegsdienstverweigerung 1971 den Zivildienst in einem Krankenhaus ab.
Im Oktober 1972 begann ich an der Universität Tübingen mit dem Studium der Biologie, im April 1973 mit dem Studium der Medizin. Das Studium der Medizin beendete ich nach dem Praktischen Jahr am Bürgerhospital Stuttgart mit dem Staatsexamen am 21. 4. 1980 und erhielt am 3. Juni 1980 die Approbation als Arzt.
Ebenfalls 1980 bestand ich das U.S. - Medizinexamen (ECFMG), das zur ärztlichen Tätigkeit in den U.S.A. berechtigt.
Von September 1980 bis November 1980 arbeitete ich als Assistenzarzt an der Blutzentrale des Katharinenhospitals Stuttgart.
Meine internistische Weiterbildung begann ich im Dezember 1980 an der Medizinischen Klinik II des Bürgerhospitals Stuttgart, wo ich bis Juni 1982 arbeitete.
Ab 1. Juli 1982 bin ich als Assistenzarzt an dem St.Luke`s Hospital, St. Louis, Mo., U.S.A. tätig.